

著名医学家陈灏珠院士终稿审定

临床医学 多用辞典

柯天华 谭长强 主编

**Clinical Medicine
Multi-purpose
Dictionary**

凤凰出版传媒集团
江苏科学技术出版社

著名医学家陈灏珠院士终稿审定

临床医学 多用辞典

柯天华 谭长强 主 编

汪宝林 季国忠 副主编

凤凰出版传媒集团

江苏科学技术出版社

Clinical Medicine
Multi-purpose
Dictionary

图书在版编目(CIP)数据

临床医学多用辞典/柯天华,谭长强主编. —南京:
江苏科学技术出版社,2006.4

ISBN 7-5345-4868-3

I. 临... II. ①柯... ②谭... III. 医学-词典
IV. R-61

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 023600 号

临床医学多用辞典

主 编 柯天华 谭长强

责任编辑 蔡克难

责任校对 苏 科

责任监制 曹叶平

出版发行 江苏科学技术出版社(南京市湖南路47号,邮编:210009)

网 址 <http://www.jsjpub.com>

集团地址 凤凰出版传媒集团(南京市中央路165号,邮编:210009)

集团网址 凤凰出版传媒网 <http://www.ppm.cn>

经 销 江苏省新华发行集团有限公司

照 排 南京展望文化发展有限公司

印 刷 盐城印刷总厂有限责任公司

开 本 850 mm × 1168 mm 1/32 印 张 43.25

插 页 4 字 数 1 400 000

版 次 2006 年 4 月第 1 版 印 次 2006 年 4 月第 1 次印刷

标准书号 ISBN 7-5345-4868-3/R·945

定 价 98.00 元(精)

图书如有印装质量问题,可随时向我社出版科调换。

策划·主编 柯天华 谭长强

副主编 汪宝林 季国忠

编委

柯天华	谭长强	汪宝林	季国忠	林奇志	赖晓峰
吴琳琳	季庆宁	王亦楠	胡正	宋伟	袁勇贵

撰稿作者

张秉舒	魏悟腾	林旭石	年新景	李同德	吉敬琪
卞柱则	闵致中	柯天华	石为才	柯楠	狄比明
朱蓼	谭长强	季国忠	汪宝林	林奇志	赖晓峰
尹宏	蔡健康	陈梅文	冯平柏	甘卫华	何震宇
纪萍	缪珩	缪林	莫建强	谭旭燕	浦福兴
汪海波	王建宁	王良梅	王云华	宋伟	孙静
高蓓	杨季明	袁勇贵	张汝帆	孙伏喜	赵承霞
吴豪杰	赵明	孟宁春	孟祥晟	魏珍	任民怀
周娴玫	袁和安	吴琳琳	郑亦岚	季庆宁	徐一舒
王亦楠	潘之林	吴婉云	钱飞得	陆士奇	任才能
陶德淦	金臻	卜志凯	陈默思	郝志能	殷柱垌
皮祥伯	方国伟	井清源	梁乐	奚家明	杜维佳
施念茜	伍孟凯	石哲阁	嵇华	柯希中	屠一武
姚浙年	季革伟	辛劳	裴多多	俞仕爵	丁宛成
迟作先	嵇玮璧	苏亦伟	庄大琢	查铎武	郝黛
周尚柏	石继阁	濮达一	尤德柱	贾聪明	任世伯
惠博志	肖锐中	敖汨罗			

前言

现代社会中,科学技术的最新进展总能够首先在医学领域得到体现。一方面,这反映了人们对于生命科学的重视、对身体健康的不懈追求;另一方面,这也促使或造成了医学科学突飞猛进的不断发展。

随着医学科学技术的日新月异,无数新的医学名词纷纷产生,而许多旧有医学名词或已在实践中被淘汰,或被其他的新生名词所替代,或其内涵发生了变化。例如,过去在妇产科领域里常用的“妊娠中毒症”早已被准确规范的“妊娠高血压综合征”所取代,而今,该名词又有被“妊娠高血压疾病”取代的趋势;过去通用的“格林-巴利综合征”因其与外文原文“Guillain-Barré”的发音不一致,而今已改作“吉兰-巴雷综合征”;而“席汉(Sheehan)综合征”亦因同样的理由如今被改作“希恩综合征”。为了统一规范我国科学名词的使用,国家甚至成立了专门的“全国自然科学名词审定委员会”。然而,在现实生活中、在医学领域里,不仅新旧名词混用的现象十分普遍,而且还有许多简化缩略、不甚规范的名词在大量地被使用着,如“急单”“急淋”“恶组”等等,更有诸如 ATT、DIC、MRI、CML 之类英文缩略语也是普遍应用,这给非相关专业领域的医务工作者、尤其是从事医学科普或专业出版工作的人们带来了理解上的困难。

在我国,中医科学是医学科学的重要组成部分,可在生活中,包括从事医学工作的人们也大多并不能解释什么是“气虚”、什么是

“血虚”，对中医所说的“干痞”是什么意思、“癆瘵”又是怎么回事，能说明其含义的就更少。

医学科学在发展，从事医学相关工作的人越来越多，可直至今日，市场上尚未见到一本能够包容或涵盖上述领域的专业辞典。而我们一直关注着这个问题。

立意编写这样一本医学辞典，从选题策划到具体约请相关专家来编写这本书，迄今已有10年时间了。出于实用的考虑，我们将全书编写的重点放在临床医学工作上，以致形成的辞典具有以下特点。

1. 针对性强、适用范围广。本书百余位作者均来自临床医疗第一线的各个专科，全书选词释义突出医疗实际，在对所有病名词条的释义中强调明确其概念、特殊临床表现及预后，凡有明确病因、病机、特异或确诊性检验、特效治疗者必予说明；对新兴医学名词则在给出基本概念而外还要求进一步解释，因而实用性强、针对性突出。另外，本辞典不仅要求所有词条释义行文均使用通俗语言、避免使用术语解释术语，还努力做到释文中所使用的名词在本词典中一定能够查到，从而使本辞典能够适应大众读者的阅读水平，这样更突出了该辞典的适用范围。

2. 编排方式独创，便于查找。以往出版的医学辞典正文部分大多采用汉字笔画为序编排，这样使相关名词彼此分开，不便于触类旁通、相互引见。本辞典按照临床医学的系统章节次序编排，如按消化、呼吸、泌尿、生殖、神经、免疫等等系统整理收词，使相近专科、相关名词彼此靠近，自然成序，同时又在全书末设有汉语拼音为序的词条索引，从而既便于读者将其作为工具书查阅，又便于读者学习式阅读或由此及彼系统地翻阅，通过相关、相似的名词来查找所需的词条。

3. 收词范围拓展，实用性增强。以往出版的医学辞典往往不包

括中医词汇,诸如中医常用的“阴虚”“心火旺”“痞积”之类医学术语,似乎只可意会、不可言传,而本辞典收词不仅包括中医(含中医基础及针灸、推拿基本词汇),而且对近年出现的临床常用英语缩略词也予收列,尤其注意对各类临床新名词(包括罕见病名)的收列、并列出其英文原文,从而使本辞典又能起到一个小型“英文缩略语”词典的作用,使本书的适用范围拓宽;同时,本辞典压缩篇幅、精益求精,每词释文大多在数百字,从而使这本规模不大辞典收词达12 800余条,使该书的实用性进一步增强。

4. 科学性、规范性强。一方面,本书所有作者均来自临床各个专科,所有作者均具有15~20年以上临床工作经验、具有副高级以上专业技术职称、其中许多人是国家重点科研工程的项目负责人,并且本书终稿经过著名医学家陈灏珠院士的审定;另一方面,本书编写中遵照“国家自然科学基金名词审定委员会”的规定,书中所有名词均根据该委员会公布出版的《全国科学技术名词审定委员会公布医学名词》确定,并于行文中注意对临床医学各科医学名词的使用提出规范要求,从而使得这本辞典同时可成为临床医学名词规范辞典来使用。

5. 图文并茂,版面活化。本辞典收入实用技术插图200余幅,如典型的特征性异常心电图“室性早搏”、呼吸衰竭的“三凹症”、病理性神经反射“巴彬斯基征”、腹部内脏器官分布(“季肋部”)以及中医针灸推拿的常用术语、穴位(“中指同身寸”“足三里”“合谷”)等等,都附加了必要的技术插图,从而在进一步加强释义的同时,也活化了版面形式,这一特点也是既已出版的医学辞典所不具有的。

6. 附录实用,信息量大。本辞典末收有“实用现场急救技术”“营养素知识”“孕妇及哺乳期产妇禁用或慎用的药物”“各年龄儿童正常身高-体重表”“常用临床检验参考值及临床意义”等5项附

录,在有限的篇幅内极大地增加了实用信息,使本书的实用性和适应性得到进一步增强。

综合上述,本辞典可供:① 查找临床医学相关名词及其释意;② 查找临床医学常用英文缩略语及其英文原文;③ 查找临床医学规范名词及其新老名词对照;④ 查找中医学名词及其释意;⑤ 通过某一专科模糊查找医学名词,同时可针对某一专科相关内容进行学习或复习;⑥ 通过附录查阅更多实用相关医学数据。

如此众多的医学专家,在各自担负着繁忙 ze 常工作的同时,不脱产地从事这涉及领域广泛、内容浩繁庞杂的辞典编撰、校改工作,反复改写、字斟句酌、审读推敲近 10 遍之多,许多人呕心沥血、夜以继日地工作,整个工程历时 10 年有余,实在是一件不容易的事。如今,这部图书终于出版、送到了广大读者的手中,我们在深感欣慰的同时也满怀期待:这是一本选题设计、编写体例、词条筛选、作者选择都不同以往的专业辞典,她能够得到广大读者的认可吗?

我们在紧张、焦虑地等待着广大读者批评的同时,也兴奋、急切地期待着她的成功!

我们深深地懂得,要使这样一部内容涉及广泛而庞杂的工具书璧玉无瑕是十分困难的。各种错谬疏漏是我们的大敌,可单凭我们自己的努力是不够的。我们期待您,读者诸君给我们帮助,请您不吝指教、提出您的宝贵意见,以使本书更臻完美。在此,请允许我们代表全体作者向您表示衷心的感谢!

(联系我们, E-mail: caikenan@sina.com)

柯天华 谭长强
于南京

目 录

1. 呼吸科	1
2. 心血管科	38
3. 消化科	93
4. 血液科	134
5. 内分泌科	171
6. 神经科	210
7. 精神科	277
8. 理化因素疾病、中毒、营养性疾病	328
9. 传染病	349
10. 免疫	390
11. 外科基础	428
12. 普通外科	446
13. 心胸外科	479
14. 泌尿与生殖科	496
15. 血管外科	531
16. 神经外科	539
17. 骨科	553
18. 妇产科	598
19. 儿科	658
20. 皮肤科	694
21. 眼科	720

22. 耳鼻咽喉科	778
23. 口腔科	827
24. 肿瘤科	854
25. 放射治疗	914
26. 影像学	921
27. 超声医学	941
28. 核医学	947
29. 运动医学	965
30. 护理	975
31. 中医基础	991
32. 中医内科	1046
33. 中医外科	1055
34. 中医妇科	1071
35. 中医儿科	1078
36. 中医眼科	1085
37. 中医耳鼻喉科	1089
38. 中药	1094
39. 推拿	1107
40. 针灸	1111
41. 养生	1126
42. 附录	1130
一、实用现场急救技术	1130
1. 口对口人工呼吸法	
2. 心脏按压急救术	
3. 急性气管异物或食物哽咽排除法	
4. 外伤大出血徒手急救	
二、营养素知识	1135
1. 食品营养素常识	

2. 孕产妇饮食营养需要	
3. 婴儿喂养常用配方	
4. 常用食品营养素一览表	
三、孕妇及哺乳期产妇禁用或慎用的药物	1148
四、各年龄儿童正常身高-体重表	1151
1. 正常男童身高评价数值表	
2. 正常女童身高评价数值表	
3. 正常男童体重百分表	
4. 正常女童体重百分表	
五、常用临床检验参考值及临床意义	1159
1. 临床血液一般检验	
2. 骨髓检验参考值	
3. 血栓与止血的检验	
4. 血液及体液生化检验参考值	
5. 内分泌激素检验参考值	
6. 肿瘤相关标志物参考值	
7. 血气分析检验参考值	
43. 索引	1172
44. 主要参考文献	1364

1. 呼吸科

【肺病学】 研究肺病病因、发病机理、病理、病理生理、诊断和防治的临床学科。肺病多属肺脏本身的疾患，有一些是全身疾病在肺部的反映，而肺脏病变也可能有全身性的表现。

【呼吸系病学】 即“肺病学”。

【咳嗽】 快速、短促吸气后声门迅速关闭，胸腹呼气肌、膈肌快速收缩，气体冲出气道、冲开声门，清除气道内分泌物或外界进入呼吸道内的异物的过程。咳嗽是人体对气道刺激的保护性反射，但若频繁咳嗽影响休息与睡眠，则失去其保护作用而成为病态。

【咯痰】 借助咳嗽将呼吸道内的分泌物排出口腔外的过程。

【痰】 呼吸道内的病理性分泌物。常由黏液、毛细血管渗出物、尘埃等混合而成。慢性支气管炎时常为白色泡沫痰或黏液性痰，支气管扩张症和肺脓肿常为大量黄脓痰，厌氧菌感染为脓臭痰，肺炎球菌肺炎可有铁锈色痰，肺炎克雷白杆菌肺炎可有红棕色胶冻样痰，阿米巴肺脓肿为红棕色痰，肺水肿可有粉红色泡沫样痰。观察病人痰的性状，对疾病诊断有指导意义。

【铁锈色痰】 肺炎链球菌引起之大叶性肺炎所特有的一种痰。因痰中含有红细胞破坏、崩解而来的含铁血黄素，使痰液呈铁锈色，故称为铁锈色痰。出现此痰对肺炎链球菌性大叶肺炎有诊断意义。

【咯血】 喉及喉部以下的呼吸道出血，经咳嗽从口腔咯出。咯血量可从痰中带血到整口鲜血，因疾病不同而异。咯血量与病变严重程度并不完全一致。痰中带血常为肺结核、肺癌早期症状，整口咯血可见于肺部炎症、肺梗死等疾病，大量咯血则多见于支气管扩张症、肺结核空洞、慢性肺脓肿。

【胸痛】 发生在胸部的疼痛，一般由胸部疾病引起。胸膜炎、肺部炎症、肺梗死、心肌缺血或肿瘤侵及壁层胸膜都是胸痛的重要原因。此外，肋间神经痛、肋软骨炎、肋骨骨折等，甚至腹部疾病累及膈胸膜或疼痛放射，都可引起胸痛。胸痛的剧烈程度不一定与病情轻重相平行。

【呼吸困难】 呼吸功能不全的一个重要症状。主要由于通气的需要量超过通气能力所引起。表现为主观上感到空气不足，呼吸费力，客观上

表现为呼吸运动用力,严重时出现紫绀、鼻翼扇动、端坐呼吸,并可有呼吸频率、深度和节律的异常。呼吸系统和心血管系统疾病为常见病因。

【**吸气性呼吸困难**】 由喉、气管、支气管的狭窄和阻塞引起的呼吸困难。表现为吸气期延长,并出现三凹征。

【**三凹征**】 吸气性呼吸困难的典型症状。表现为吸气时出现明显的胸骨上窝、锁骨上窝和肋间隙凹陷。



【**呼气性呼吸困难**】 由下呼吸道狭窄引起的呼吸困难。主要表现为呼气期延长,呼吸速率减慢,呼气时有哮鸣声。

【**混合性呼吸困难**】 出现于上下呼吸道均有狭窄时的呼吸困难,表现为呼气与吸气均费力,呼吸表浅而增快,呼吸运动受限,呼吸量减少。

【**喘息**】 病人意识到的呼吸费力,伴呼吸频率、深度的改变。常见于哮喘、慢性喘息型支气管炎等。

【**紫绀**】 一般指血液中还还原血红蛋白增多、超过 $5\text{ g}/100\text{ ml}$,血氧未饱和度超过 $6.7\text{ vol}/100\text{ ml}$ 时引起的皮肤与黏膜青紫现象。广义的紫绀也包括少数由于异常血红蛋白衍生物(如高铁血红蛋白、硫化血红蛋白)所致的皮肤黏膜青紫现象。紫绀在皮肤较薄、色素较少和毛细血管丰富的血

循环末梢,如口唇、鼻尖、颊部和甲床等处较易观察到,且较为明显。

【**发绀**】 即“紫绀”。

【**周围性紫绀**】 由周围血液循环障碍引起的紫绀。原因有:①周围组织耗氧量增加,如右心功能不全时,体循环瘀血,周围血流缓慢,氧在组织中消耗过多。②动脉缺血,如休克时为了维持必要的血压,小动脉血管收缩,造成周围组织缺氧,患者皮肤黏膜呈青紫色。周围性紫绀常出现于肢体的末梢部位与下垂部分,同时伴有皮肤冰冷,若按摩或加温紫绀部位,紫绀即可消退。

【**中心性紫绀**】 由心、肺疾病致动脉血氧饱和度降低而引起的紫绀。紫绀出现于全身,但皮肤是温暖的。可分为两类——①肺性紫绀:由于呼吸功能不全,肺氧合作用不足,致体循环毛细血管中还原血红蛋白增多而出现紫绀。②心性混合性紫绀:由于先天性心脏畸形使体循环静脉血与动脉血混合,部分静脉血未通过肺脏进行氧合作用,即经由异常通路分流入体循环动脉中,当分流量超过输出量的 $1/3$ 时,即可引起紫绀。

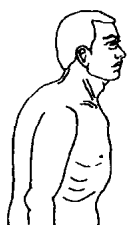
【**肺性紫绀**】 中心性紫绀之一,参见“中心性紫绀”。

【**心性混合性紫绀**】 中心性紫绀之一,参见“中心性紫绀”。

【**混合性紫绀**】 中心性紫绀与周围性紫绀同时并存所形成的紫绀。如心功能不全时,因肺瘀血致血液在肺内氧合不足,同时又有心功能不全引

起的周围循环血流缓慢,血液在周围毛细血管中脱氧过多,从而引起混合性紫绀。

【杵状指(趾)】远端指(趾)节呈杵状膨大的一种病态。特点为末端指节明显增宽增厚,指甲从根部到末端呈弧形隆起。多发生于呼吸系统疾病、某些心血管疾病及营养障碍性疾病。通常均为双手双足同发,单侧杵状指见于患侧锁骨下动脉瘤。



【桶状胸】胸廓前后径增大、甚至与左右径相等,肋骨弓的前下斜度上抬,肋间隙增宽、饱满,胸廓呈桶状的一种病态。多见于严重阻塞性肺气肿,也可见于老年和矮胖体型的人。

【扁平胸】胸廓前后径短于左右径的一半,胸廓呈扁平形的状态。见于瘦长体型,也见于慢性消耗性疾病,如肺结核患者。



【鼻翼扇动】吸气时鼻翼向外扩张、鼻孔开大,呼气时恢复原位、鼻孔回缩的现象。此征出现表示高热或高度呼吸困难。常见于大叶性肺炎、呼吸道梗阻、支气管哮喘、乙型脑炎、酸中毒等。

【深长呼吸】频率快、幅度深、费力

而节律规整的呼吸。常有鼾声及呼出的气体有特殊气味等特点。此种呼吸常见于糖尿病酮症酸中毒、尿毒症、肝性脑病、脑出血等疾病。

【酸中毒大呼吸】即“深长呼吸”。

【深度呼吸】即“深长呼吸”。

【Kussmaul 呼吸】即“深长呼吸”。

【叹气样呼吸】以呼气及吸气时间延长,吸气时呈痉挛状、呼气呈长叹状为特点的呼吸。呼吸频率慢,节律不完全规则。此型呼吸多系桥脑下部损害引起的呼吸协调中枢障碍所致,如频率慢于10~12次/分,则多见于中枢性呼吸衰竭的晚期。

【长吸气样呼吸】即“叹气样呼吸”。

【潮式呼吸】一种由浅慢逐渐变为深快,再由深快到浅慢,然后经过一段呼吸暂停,再开始上述过程的周期性呼吸。多发生于中枢神经系统疾病,如脑膜炎、颅内压增高等。

【Cheyne-Stokes 呼吸】即“潮式呼吸”。

【间停呼吸】有规律呼吸几次后,突然停止呼吸,间隔一个短时期后又开始呼吸。多发生于中枢神经系统疾病,提示病情严重、预后不良,常在呼吸完全停止前发生。

【触觉语颤】用手掌贴附在受检者胸壁、嘱其发音时所触及的波震动。触觉语颤减弱或消失见于肺气肿、胸腔积液等;增强多见于肺实变。

【胸膜摩擦感】呼吸时,粗糙的脏层胸膜与壁层胸膜产生摩擦,检查者用手掌平贴于患者胸壁上,于呼吸时获

得的皮革相互摩擦样的感觉。见于急性纤维素性胸膜炎、尿毒症胸膜炎等。

【羊鸣音】肺部听诊检查时所听到的一种变异的听觉语音，音响较强，带有鼻音性质。在肺实变伴少量胸腔积液的部位进行听诊时可听到，在中等量胸腔积液上方被压瘪的肺组织也可听到。

【肺泡呼吸音】用听诊器在肺部听诊时听到的一种正常呼吸音。此声音颇似上齿咬下唇吸气时发出的“夫”音，其特点是吸气时间较呼气长，音响强、音调较高。正常人肺部除支气管呼吸音及支气管肺泡呼吸音听诊部位外，其余部位都可以听到肺泡呼吸音。

【病理性肺泡呼吸音】肺泡呼吸音减弱、增强或发生性质的变化。减弱可见于全身衰竭、胸腔积液等；增强可见于发热、贫血等。

【支气管呼吸音】借助听诊器在喉部、胸骨上窝、背部第6、7颈椎及第1、2胸椎附近所听到的一种正常呼吸音。此声音很像将舌抬高而呼气所发出的“哈”音，其特点是声音强、音调高，吸气相对较呼气时间短，同时呼气音相对较吸气音强，且调高。

【病理性支气管呼吸音】在正常应为肺泡呼吸音的部位听到的支气管呼吸音。多见于肺实变、肺脓肿等。

【支气管肺泡呼吸音】用听诊器在胸骨两侧第1、2肋间隙、肩胛间区第3、4胸椎水平及肺尖前后部可听到的

一种正常呼吸音。其特点是吸气与呼气时相大致相等，吸气音性质与肺泡呼吸音相似，但音响略强、音调略高；呼气音的性质与支气管呼吸音相似，但音响较弱，音调较低。

【混合呼吸音】即“支气管肺泡呼吸音”。

【病理性混合呼吸音】在正常应为肺泡呼吸音的听诊部位听到的混合呼吸音。见于支气管肺炎、大面积的肺结核等。

【断续性呼吸音】肺部听诊所见，肺泡呼吸音在吸气时不连续，而有短促不规则间歇的一种病理现象。常见于肺结核和肺炎。

【齿轮呼吸音】即“断续性呼吸音”。

【干啰音】肺部听诊常见病象之一，为一持续时间较长的音乐性呼吸附加音。在吸气及呼气时均可听到，但在呼气时较多而明显，音响强度和性质容易改变，发生部位也易变换，在短时间内其数量可增多或减少。常见于慢性支气管炎、支气管哮喘等。

【湿啰音】肺部听诊常见病象之一，类似于气体通过液体形成水泡破裂所产生的声音。其特点是：断续而短暂，一次连续出现多个，在吸气或吸气终末时更清楚，也可出现于呼气早期，部位及性质较恒定，咳嗽后可出现或消失。按支气管管腔直径、空洞的大小及液体量的多少不同，湿啰音可分为粗、中等、细，或分别称作大、中、小水泡音。常见于支气管炎、肺炎等。

【水泡音】即“湿啰音”。

【**Velcro 啰音**】 双肺底闻及的细小表浅的细湿啰音,似撕开血压表带尼龙粘合片时的声音。见于特发性肺间质纤维化、弥漫性间质性肺炎等。

【**粗糙性呼吸音**】 肺部听诊所见病象之一,为呼吸气流不畅所形成的一种声波杂乱的呼吸音。见于支气管或肺部炎症的早期。

【**捻发音**】 肺部听诊时听到的,一种极细而均匀一致的湿啰音,颇似在耳旁用手指捻搓一束头发所产生的声音。常在吸气末期听到,调高。多见于肺炎早期、肺瘀血等。

【**听觉语音**】 被检查者用面谈的声调重复发“yi、yi、yi”音时,检查者将听诊器在其胸壁上所听到的柔和而含糊的字音。此种检查须对两侧对称部位的声音强弱与性质做比较。听觉语音减弱见于支气管阻塞、胸腔积液等;增强则见于肺实变。

【**支气管语音**】 语音传导增强、响亮,可听清字音的一种“听觉语音”。见于肺实变范围较大的病灶。

【**胸语音**】 声音比支气管语音更强、更响亮的一种“听觉语音”。听诊时字音清楚可辨。见于大范围的肺实变病灶。

【**胸耳语音**】 嘱被检查者用耳语声调发“yi、yi、yi”音,检查者将听诊器放在其胸壁所听到的声音。在肺实变部位,可清楚地听到增强的耳语音,且音调较高。

【**胸膜摩擦音**】 胸部听诊所闻之两层粗糙胸膜摩擦的声音。其性质颇

似以手掩耳用指腹摩擦手背听到的声音。特点是吸气和呼气时均可听到,以吸气末及呼气初为明显,屏住呼吸时消失;深呼吸以及在听诊器体件上加压,声音可更清楚;胸膜摩擦音最常听到的部位是前下侧胸壁。见于急性纤维性胸膜炎、胸膜肿瘤结节等。

【**硬币叩击音**】 将硬币平压在被检查者前胸中部,用另一硬币叩击,同时将听诊器体件放在被检查者同侧背部的对应部位,若听到一种带有金属音调的鼓音,称为硬币叩击诊阳性。见于气胸。

【**痰液检查**】 对痰量、性质、颜色的肉眼观察,以及痰细菌学或痰脱落细胞学的显微镜检查、病原体的培养。是明确肺病病因、考核疗效和估计预后的一种有效的方法。

【**痰细菌学检查**】 将新鲜痰液直接涂片或培养以检查细菌的方法。主要用于呼吸道感染时的病原诊断。

【**痰脱落细胞检查**】 将新鲜痰液涂片后用显微镜检查脱落细胞。从中找到癌细胞是诊断肺癌简便、有效的方法之一。一般送检次数越多,检出率越高。

【**胸水检查**】 对胸水颜色、性状、比重、细胞、蛋白质、脂类、葡萄糖、酶(如乳酸脱氢酶、溶菌酶等)、病原体、肿瘤标记物等进行的检查。该检查有助于确定胸水性质和病原,对诊断和治疗具有重要意义。

【**胸水蛋白质**】 胸水中的白蛋白、黏

蛋白、铁蛋白等。借此指标可助分辨胸水的性质：渗出液中的蛋白含量 $>30 \text{ g/L}$ ，胸水/血清比值 >0.5 ，黏蛋白反应阳性；漏出液的蛋白含量 $<30 \text{ g/L}$ ，胸水/血清比值 <0.5 ，黏蛋白反应阴性。

【胸水葡萄糖】 胸水中所含的葡萄糖量。借此指标可助胸水性诊断：漏出液内葡萄糖含量在 3.34 mmol/L 以上，癌性及炎症性胸液内葡萄糖量均低于此值。

【血气分析】 对人体血液中所存气体的分析，它能直接地反映肺换气功能及其酸碱平衡状态。血液气体分析的指标包括氧、二氧化碳和酸碱平衡。

【血氧分压】 血液中物理溶解的氧分子所产生的压力。记作 PO_2 。动脉血中的氧分压称作“动脉血氧分压”，静脉血中的氧分压称作“静脉血氧分压”。正常值为：动脉血氧分压（记作 PaO_2 ） $90 \pm 15 \text{ mmHg}$ ，静脉血氧分压（记作 PvO_2 ） $40 \pm 5 \text{ mmHg}$ 。 PO_2 降低见于各种原因引起的缺氧，如呼吸衰竭； PO_2 增高多见于吸氧过多引起的氧中毒。

【氧分压】 医学上指“血氧分压”。

【 PO_2 】 即“氧分压”（oxygen partial pressure），为其英文缩写。

【 PaO_2 】 即“动脉血氧分压”（partial pressure of oxygen in arterial blood），为其英文缩写。

【 PvO_2 】 即“静脉血氧分压”（partial pressure of oxygen in venous blood），为

其英文缩写。

【血氧饱和度】 实际血红蛋白结合的氧含量与血红蛋白完全氧合的氧容量之比。记作 SO_2 。正常值为：动脉血氧饱和度（记作 SaO_2 ） $96\% \pm 3\%$ ，静脉血氧饱和度（记作 SvO_2 ） 75% 。 SO_2 降低主要见于各种原因引起的缺氧。

【氧饱和度】 医学上指“血氧饱和度”。

【 SO_2 】 即“氧饱和度”（oxygen saturation），为其英文缩写。

【 SaO_2 】 即“动脉血氧饱和度”（oxygen saturation in arterial blood），为其英文缩写。

【 SvO_2 】 即“静脉血氧饱和度”（oxygen saturation in venous blood），为其英文缩写。

【氧解离曲线】 氧分压与氧饱和度之间的关系曲线。正常为“S”形，氧分压在 60 mmHg 以上时曲线处于平坦段，即使氧分压有较多升降，氧饱和度变化亦很小，有利于生活在高原上的人；氧分压在 60 mmHg 以下，曲线处于陡直段，氧分压稍微变化，血氧饱和度即有显著增减，这对血液流经组织释放氧有利。

【血氧含量】 每升动脉全血含氧量，是物理溶解和血红蛋白结合氧量的总和。正常值为 9.0 mmol/L ，此值降低多见于各种原因引起的缺氧、贫血等。

【二氧化碳分压】 医学上指血液中物理溶解的二氧化碳分子所产生的